Anmeldung zum Bildungs- und Betreuungsangebot im „Pakt für den Ganztag“ an der Wiesbachschule

Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten: **Adresse:** **(falls unterschiedlich, bitte beide Adressen angeben)**

Mutter:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____ **Nr.** _____

PLZ: _____ **Ort**_____

E-Mail: _____

☎**Privat Mutter:** _____

☎**Mobil Mutter:** _____

☎**Dienstlich Mutter:** _____

☐ **Ich bin alleinerziehend**

Vater:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____ **Nr.** _____

PLZ: _____ **Ort**_____

E-Mail: _____

☎**Privat Vater:** _____

☎**Mobil Vater:** _____

☎**Dienstlich Vater:** _____

☐ **Ich bin alleinerziehend**

Bei alleinigem Sorgerecht bitte Nachweis beifügen!

Name des Kindes _____**Vorname des Kindes:** _____

☐ **weiblich** ☐ **männlich** **Geburtsdatum:** _____ **Klasse:** _____
(TT.MM.JJJJ)

Hiermit beantrage/n ich/wir die Aufnahme meines/unseres Kindes in das Betreuungsangebot ab dem

_____ (Datum):

Gewünschte Module/Gebühren (bitte ankreuzen):

Modul F **Mo. – Do.** **(07:00 – 07:30 Uhr)** 16,00 € monatl. ☐	**Modul 1a** **Mo. – Do.** **(07:30 – 15:00 Uhr)** 95,00 € monatl. + 68,00 € Essen ☐	**Modul 1b** **Mo. –Fr.** **(07:30 – 15:00 Uhr)** 120,00 € monatl. + 85,00 € Essen ☐
Modul F **Mo. – Fr.** **(07:00 – 07:30 Uhr)** 20,00 € monatl. ☐	**Modul 2a** **Mo. –Do.** **(07:30 – 17:00 Uhr)** 150,00 € monatl. + 68,00 € Essen ☐	**Modul 2b** **Mo. –Fr.** **(07:30 – 17:00 Uhr)** 180,00 € monatl. + 85,00 € Essen ☐

Persönliche Informationen zu meiner/unserer Tochter / meinem/unserem Sohn:

Name der Krankenkasse: _____

Familienversichert: ☐ Ja ☐ Nein bei: ☐ Vater ☐ Mutter

Name und Telefonnummer des Kinderarztes: _____

(Vor-)Erkrankung(en): ☐ Ja ☐ Nein wenn ja, welche: _____

Einnahme eines Medikaments / von Medikamenten erforderlich: ☐ Ja ☐ Nein

Bezeichnung des Medikaments: _____

Mein/Unser Kind ist Allergikerin/Allergiker: ☐ Ja ☐ Nein

Bezeichnung der Allergie: _____

Besondere Informationen/Hinweise zum Essen: _____

Termin der letzten Tetanusimpfung: _____

Die Teilnahmebedingungen und die Informationsblätter zur Datenverarbeitung wurden mir/uns ausgehändigt. Ich/wir erklären uns mit den Inhalten einverstanden. Die Teilnahmebedingungen sind immer in der aktuellsten Version gültig; über Änderungen werde ich / werden wir informiert.

_____, _____ _____

(Datum), (Ort) **Unterschrift 1. Erziehungsberechtigter** **Unterschrift 2. Erziehungsberechtigter**

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach schriftlicher Bestätigung der Aufnahme Ihres Kindes in das Betreuungsangebot, haben Sie das Betreuungsentgelt und ggfls. die Beträge für das Mittagessen an die Kreiskasse des Hochtaunuskreises zu entrichten. Sie können diese Zahlungen per Einzelüberweisung oder per Dauerauftrag entrichten.
Wir möchten Ihnen die damit verbundene Mühe abnehmen, in dem wir an den jeweiligen Zahlungsterminen die fälligen Beträge von Ihrem Konto automatisch abbuchen. Durch eine Teilnahme an dem SEPA-Lastschrifteinzugsverfahren ist eine besonders sichere und kostensparende Arbeitsweise möglich. Wir bitten Sie deshalb, uns eine Einzugsermächtigung zu erteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Kreiskasse des Hochtaunuskreises

✂……

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschrift-Mandats

Ich ermächtige die Kreiskasse des Hochtaunuskreises widerruflich, die fälligen Betreuungs- und Essensentgelte je nach Inanspruchnahme und entsprechend der jeweils gültigen Entgeltordnung (siehe Teilnahmebedingungen) bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kreiskasse des Hochtaunuskreises auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Gläubiger-ID des Hochtaunuskreises lautet: **DE94ZZZ00000069669.** Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis Lastschrift wird mich der Hochtaunuskreis über die Mandats-Identifikationsnummer unterrichten.

Betreuungsnummer: (falls bekannt)

Bankname: _____

BIC: | | | | | | | | | | | |

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kontoinhaber: _____

Straße: _____ PLZ und Wohnort: _____

Name des Kindes: _____ Vorname des Kindes:_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des / der Kontoinhaber/s